



Assembled By Tsunami

Copyright

Collection
INTER.
MED.

ANNALES
par Spécialité

NEUROLOGIE



Manque
p. 101-103
à 104

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

EDITIONS VERNAZOBRES-GREGO
74, BD DE L'HOPITAL - 75013 PARIS
Tel : 01 45 83 20 20

ISBN 2-84136-300-7

SOMMAIRE NEUROLOGIE

Références des questions classées	Nb de QCM posés	Nb de CCQCM posés	Nb de, Dossiers posés	Page
MALADIE				
✓ 233. Epilepsies : <i>étiologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement.</i>	53	1	0	189
234. Crise convulsive de l'adulte : <i>diagnostic et conduite à tenir en situation d'urgence avec la posologie médicamenteuse.</i>	0	0	0	-
225. Hypertension intracrânienne : <i>physiopathologie, diagnostic, traitement d'urgence.</i>	6	0	0	197
1-Maladie du système nerveux périphérique				
221. Neuropathies périphériques : <i>étiologie, diagnostic</i>	35	1	1	198
223. Polyradiculanévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain et Barré) : <i>diagnostic, évolution</i>	13	3	1	207
235. Névralgie du trijumeau : <i>diagnostic.</i>	25	0	0	218
42. Paralyse faciale.	16	1	3	221
227. Syndrome de la queue-de-cheval : <i>diagnostic.</i>	9	2	1	234
2-Pathologie du système nerveux central : moelle				
✓ 226. Compression médullaire non traumatique : <i>étiologie, physiopathologie, diagnostic.</i>	12	0	1	244
3-Pathologie du système nerveux central : encéphale				
Vasculaire				
228. Accidents vasculaires cérébraux : <i>épidémiologie, étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement.</i>	44	3	4	249
229. Hémorragie méningée non traumatique : <i>étiologie, diagnostic, évolution</i>	14	1	1	271

Infectiologie				
197. Méningites infectieuses à liquide clair : <i>épidémiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement.</i>	5	0	2	278
198. Méningites purulentes : <i>épidémiologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement, prévention.</i>	0	2	3	285
224. Encéphalite herpétique : <i>diagnostic, traitement</i>	0	0	0	-
Dégénératif				
230. Sclérose en plaques : <i>épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution</i>	26	2	1	299
231. Maladie de Parkinson : <i>physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement.</i>	48	0	0	309
232. Maladie d'Alzheimer : <i>diagnostic, évolution.</i>	12	0	1	314
Traumatologie				
285. Traumatisme crânien et conduite à tenir en situation d'urgence.	14	0	0	319
CAT				
8. Lipothymie, syncope et perte de connaissance brève.	1	0	0	321
41. Céphalée.	16	0	1	321
43. Syndrome confusionnel.	12	0	2	327
44. Hallucinations.	0	0	0	-
45. Coma non traumatique.	7	0	0	335
46. Syndrome pyramidal.	5	0	0	336
47. Trouble de l'équilibre.	11	0	0	337
48. Tremblement.	7	0	0	339
49. Syndrome myogène + 50. Syndrome myasthénique	17	0	0	340
51. Troubles de la marche et chutes du sujet âgé.	0	0	0	-
AUTRES				
301. Syndrome du canal carpien : <i>étiologie, diagnostic.</i>	1	1	1	342
386. La douleur : <i>moyens et stratégie thérapeutiques.</i>	2	1	0	348

NEUROLOGIE

EPILEPSIES - N° 233

QCM₈₅₋₂₀₀₁ : 53 · CCQCM₉₃₋₂₀₀₁ : 1 · Dossiers₉₃₋₂₀₀₁ : 0

(M87)-On considère comme étant de nature épileptique la ou les manifestations suivantes :

- A. Clonic
- B. Myoclonie d'endormissement
- C. Accès de somnambulisme
- D. Trémor mentonnier
- E. Myoclonies globales avec projection au sol

AE

(M91)-Pour établir rétrospectivement le diagnostic de crise comitiale généralisée, le ou les éléments suivants sont pratiquement formels, et éliminent une syncope :

- A. Une morsure latérale de langue
- B. Une perte d'urine
- C. Une phase confusionnelle secondaire
- D. La très courte durée de la perte de conscience
- E. L'existence de vomissements

AC

(M88)-Parmi les paramètres suivants, indiquez celui ou ceux qui incitent à réaliser un scanner pour rechercher une cause cérébrale organique dans l'enquête étiologique d'une première crise d'épilepsie :

- A. Foyer paroxystique frontal gauche à l'électroencéphalogramme
- B. Absence petit mal typique
- C. Sujet âgé de 40 ans
- D. Antécédents familiaux d'épilepsie
- E. Anomalies bilatérales synchrones à type de pointes-ondes à l'électroencéphalogramme

AC

(M86)-Parmi les crises épileptiques suivantes, quelles sont (ou quelle est) celle(s) qui sont des crises généralisées ?

- A. Crise somato-motrice Bravais-Jacksonienne
- B. Crise grand mal
- C. Crise petit mal
- D. Spasmes en flexion
- E. Crise adversive

BCD

(M89/01)-Parmi les crises d'épilepsie suivantes quelle(s) est (sont) celle(s) dont la survenue conduirai(en)t à remettre en cause un diagnostic d'épilepsie généralisée idiopathique (primaire) ?

- A. Myoclonies massives du réveil
- B. Crises Bravais-Jacksoniennes
- C. Crises grand mal
- D. Absences petit-mal
- E. Crises partielles complexes

BE

(M89)-Retenez parmi les propositions ci-dessous celle (ou celles) qui est (ou sont) conforme(s) au cadre de l'épilepsie généralisée primaire :

- A. Normalité de la TDM encéphalique
- B. Antécédents familiaux d'épilepsie
- C. Crises consistant en absence petit mal typiques
- D. Foyer de pointes-ondes temporal unilatéral à l'EEG
- E. Notion d'une souffrance néonatale

ABC

(M90)-Parmi les crises suivantes, quelles sont (ou quelle est) celle(s) qui sont des crises "focales" ?

- A. Crise somato-motrice Bravais-Jacksonienne
- B. Absence "petit mal"
- C. Crise adversive
- D. Spasme en flexion
- E. Crise somato-sensitive

ACE

(S85A)Le problème de l'épileptique au travail se pose chaque fois qu'un accident survient au décours d'une crise. A votre avis, à quel moment l'épileptique présente le plus fréquemment ses crises ?

- A. Au cours de son travail
- B. Au cours d'activité sportives
- C. Au cours du repos
- D. Au cours des déplacements
- E. Au cours des repas

C



(S85/87)-Un sujet de 28 ans a présenté une crise d'épilepsie généralisée certaine. L'entourage relate la survenue, avant la perte de connaissance, d'une élévation du membre supérieur droit, avec déviation de la tête et des yeux du côté droit et une vocalisation répétée. Quelle zone cérébrale peut être incriminée à l'origine de la crise ?

- A. Aire oculomotrice frontale
- B. Cortex rolandique
- C. Cortex frontal orbitaire
- D. Aire motrice supplémentaire
- E. Cortex temporal interne

D

(S88)-Une crise comitiale secondairement généralisée mais débutant par des clonies du membre inférieur gauche correspond à une lésion :

- A. Temporale droite
- B. Frontale interne droite
- C. Pied de F3 droit
- D. Lobule paracentral droit
- E. Autre réponse

D

(S86)-L'épilepsie, type "petit mal" est définie cliniquement par :

- A. Une projection au sol
- B. Une absence de 5 minutes
- C. Une suspension brève de la conscience
- D. Une suspension de la conscience avec automatisme gestuel et perte d'urines
- E. Une crise tonico-clonique de durée brève

C

(S87)- absences du petit mal de l'enfant sont usuellement caractérisées par tous les éléments suivants sauf un ; lequel ?

- A. Les accès ne durent que rarement plus de 5 à 10 secondes
- B. L'enfant reprend brutalement ses esprits
- C. Il n'y a pas d'"aura" (signes prémonitoires)
- D. La fréquence des accès est augmentée par la fatigue, les émotions et les stimulations lumineuses
- E. L'EEG montre des pointes-ondes à 6 cycles/seconde

E

(M88)- Parmi les propositions suivantes, retenez celle(s) qui plaide(nt) en faveur du diagnostic d'épilepsie généralisée primaire :

- A. Les crises sont des absences petit mal
- B. Il existe des antécédents de souffrance néo-natale
- C. L'électroencéphalogramme objective des anomalies paroxystiques bilatérales synchrones
- D. L'examen clinique interictique est normal
- E. Il existe des antécédents familiaux d'épilepsie

ACDE

(M87)- Chez un épileptique la survenue d'anomalies irritatives sur les tracés encéphalographiques peut être favorisée par :

- A. L'hyperpnée
- B. L'injection intraveineuse d'une benzodiazépine
- C. Le sommeil
- D. La stimulation lumineuse intermittente
- E. L'absorption d'un bêta-bloquant une heure avant l'enregistrement

ACD

(M90)- Les manifestations suivantes peuvent se rencontrer au cours ou à la suite des crises d'épilepsie comme des syncopes vagues :

- A. Sensation prémonitoire de malaise durant quelques secondes
- B. Morsure latérale de la langue
- C. Perte des urines
- D. Confusion mentale
- E. Vomissements après la perte de connaissance

ACE

(M88/95)-L'épilepsie à paroxysmes rolandiques :

- A. Provoque le plus souvent des crises à localisation oro-faciale
- B. A une survenue liée au sommeil
- C. Touche le nourrisson avant 2 ans
- D. Comporte un foyer de pointes lentes rolandiques à l'EEG
- E. Evolue souvent vers l'épilepsie généralisée de type grand mal

ABD

(S911)-L'épilepsie de type Petit Mal pur est définie par l'une des propositions suivantes :

- A. Myoclonies brèves bilatérales
- B. Amyotonie aiguë avec chutes
- C. Crise généralisée tonique pure
- D. Rupture du contact avec automatismes moteurs et en particulier mouvements de machonnement
- E. Suspension brève de la conscience sans chute ni mouvements convulsifs

E

(M88)-L'insertion professionnelle d'un épileptique (type grand mal) est d'autant plus aisée qu'il existe :

- A. Crises diurnes
- B. Crises nocturnes
- C. Existence d'un aura
- D. Bonne observance du traitement
- E. Crises jugulées par une monothérapie

BCDE

(M95)-Quelles sont (quel est) les crises « focales »

- A. Crise somato motrice Bravais-Jacksonienne
- B. Absence « petit mal »
- C. Crise adversive
- D. Spasme en flexion
- E. Crise somato sensitive

ACE

(M85)-Parmi les médicaments suivants deux n'agissent jamais suffisamment sur le petit mal :

- A. GARDENAL*
- B. Carbamazépine (TEGRETOL*)
- C. Valproate de sodium (DEPAKINE*)
- D. Succinimide (ZARONTIN*)
- E. Benzodiazépines

AB

(M89)-Quelle est ou quelles sont parmi les suivantes, la ou les proposition(s) exacte(s) concernant l'épilepsie à pointes rolandiques ?

- A. Elle apparaît souvent entre 8 et 10 ans
- B. Elle disparaît le plus souvent spontanément à la puberté
- C. Les manifestations sont volontiers nocturnes
- D. Des crises bucco-faciales sans trouble de conscience sont fréquentes
- E. Le traitement habituellement recommandé est le TEGRETOL* (Carbamazépine)

ABCDE

(M91)-A propos des crises d'épilepsie partielles à symptomatologie complexe, citez la ou les réponses justes :

- A. Leur sémiologie est très polymorphe
- B. Leur origine est souvent frontale ou temporale
- C. L'EEG donne toujours le siège du foyer épileptogène
- D. L'Ethosuximide (ZARONTIN*) est un traitement efficace
- E. Le traitement est parfois chirurgical

ABE

(M92)-Une comitialité :

- A. De type tonico-clonique généralisée, répétitive, chez un adolescent, correspond habituellement à l'épilepsie généralisée primaire
- B. Est un diagnostic avant tout électro-encéphalographique
- C. N'impose pas de traitement quand elle se limite à des absences sans chute
- D. Impose un scanner cérébral en l'absence de facteur particulier chez un patient de 45 ans
- E. Peut être symptomatique d'un angiome cérébral qui est une malformation vasculaire très épileptogène

ADE

(M93)-Chez un épileptique la survenue d'anomalies irritatives sur les tracés encéphalographiques peut être favorisée par :

- A. L'hyperpnée
- B. L'injection intraveineuse d'une benzodiazépine
- C. Le sommeil
- D. La stimulation lumineuse intermittente
- E. L'absorption d'un bêta-bloquant une heure avant l'enregistrement

ACD

(M92)-Parmi les effets secondaires suivants lequel est (ou lesquels sont) attribuable(s) à la DEPAKINE* ?		(S87)-Chez un enfant présentant un petit mal avec absences typiques, le traitement le plus logique actuellement en première intention est :	
<p>A. Une thrombopénie</p> <p>B. Un lupus induit</p> <p>C. Une hépatite médicamenteuse</p> <p>D. Une ataxie</p> <p>E. Une algodystrophie</p>		<p>A. Le GARDENAL* (phénobarbital)</p> <p>B. La DEPAKINE* (valproate de sodium)</p> <p>C. Le ZARONTIN* (éthosuximide)</p> <p>D. Le VALIUM* (diazépam)</p> <p>E. Le TEGRETOL* (carbamazépine)</p>	B
	AC		
(M93)-Parmi les propositions suivantes concernant le dosage plasmatique des médicaments antiépileptiques, retenir celle ou celles qui répond(ent) à un objectif satisfaisant :		(M88)-Le(s) médicament(s) agissant sur le petit mal est (sont) :	
<p>A. Il permet en cas de doute de vérifier si le traitement est bien pris</p> <p>B. Il doit être réalisé systématiquement tous les mois pour prévenir les surdosages thérapeutiques</p> <p>C. Lors de l'installation du traitement, il doit être réalisé après un certain délai fonction de la demi-vie du médicament</p> <p>D. Il permet, en cas de polythérapie d'apprécier d'éventuelles interactions thérapeutiques</p> <p>E. Il est logique de le réaliser lorsqu'il y a recrudescence des crises malgré un traitement bien pris</p>		<p>A. Les barbituriques</p> <p>B. La carbamazépine (TEGRETOL*)</p> <p>C. La diphenylhydantoïne (DIHYDAN*)</p> <p>D. Le valproate de Sodium (DEPAKINE*)</p> <p>E. L'éthosuximide (ZARONTIN*)</p>	
	ACDE		DE
(M85)-Indiquer parmi les médicaments suivants celui (ou ceux) qui est (ou sont) actif(s) dans toutes les formes d'épilepsie autres que le petit mal :		(M89)-Parmi les antiépileptiques lequel ou lesquels est ou sont efficace(s) dans les absences ?	
<p>A. DEPAKINE* (Acide Valproïque)</p> <p>B. DIHYDAN* (Phénytoïne)</p> <p>C. ZARONTIN* (Ethosuximide)</p> <p>D. LAROXYL* (Amitriptyline)</p> <p>E. RIVOTRIL* (Clonazépam)</p>		<p>A. GARDENAL*</p> <p>B. TEGRETOL*</p> <p>C. DEPAKINE*</p> <p>D. ZARONTIN*</p> <p>E. DIHYDAN*</p>	
	ABE		CD
(M86)-Parmi les médicaments anti-épileptiques suivants, quel(s) est celui (ou ceux) à utiliser dans le traitement des absences Petit Mal ?		(M89)-Quel médicament anti-épileptique est actif uniquement sur le petit mal ?	
<p>A. TEGRETOL* (Carbamazépine)</p> <p>B. DEPAKINE* (Acide Valproïque)</p> <p>C. ZARONTIN* (Ethosuximide)</p> <p>D. DIHYDAN* (Phénytoïne)</p> <p>E. MYSOLINE* (Primidone)</p>		<p>A. Ethosuximide (ZARONTIN*)</p> <p>B. Clonazépam (RIVOTRIL*)</p> <p>C. Phénobarbital (GARDENAL*)</p> <p>D. Carbamazépine (TEGRETOL*)</p> <p>E. Valproate de sodium (DEPAKINE*)</p>	
	BC		A
(S87)-Parmi ces médications anti-épileptiques, il en est une qui est active uniquement sur le petit mal. Indiquez la réponse exacte :		(S89)-Un enfant présente des absences de type "petit mal" ; laquelle des médications suivantes est la plus efficace dans ce type d'absence ?	
<p>A. Phénytoïne (DIHYDAN*)</p> <p>B. Ethosuximide (ZARONTIN*)</p> <p>C. Clonazépam (RIVOTRIL*)</p> <p>D. Phénobarbital (GARDENAL*)</p> <p>E. Carbamazépine (TEGRETOL*)</p>		<p>A. Phénobarbital</p> <p>B. Primidone (MYSOLINE*)</p> <p>C. Valproate de sodium (DEPAKINE*)</p> <p>D. Carbamazépine (TEGRETOL*)</p> <p>E. Phénytoïne (DIHYDAN*)</p>	
	B		C

(S87/92)-Parmi les médicaments anti-épileptiques ci-après, lequel se transforme partiellement dans l'organisme en phénobarbital ?

- A. La diphenylhydantoïne (DIHYDAN*)
- B. La carbamazépine (TEGRETOL*)
- C. La primidone (MYSOLINE*)
- D. Le clonazépam (RIVOTRIL*)
- E. Le progabide (GABRENE*)

(M88)-Indiquez parmi les médicaments suivants celui (ou ceux) qui est (ou sont) actif(s) dans toutes les formes d'épilepsie autres que le petit mal :

- A. DEPAKINE* (Acide Valproïque)
- B. DIHYDAN* (Phénytoïne)
- C. ZARONTIN* (Ethosuximide)
- D. TEGRETOL* (Carbamazépine)
- E. Barbituriques

(M90)-Quels sont parmi les manifestations suivantes, les effets secondaires dus au Valproate de sodium (DEPAKINE*) ?

- A. Prise de poids
- B. Thrombopénie
- C. Tremblement
- D. Chute des cheveux
- E. Hépatite aiguë

(M90)-A propos des antiépileptiques :

- A. La phénytoïne (DIHYDAN*) peut induire son propre catabolisme
- B. La primidone (MYSOLINE*) est métabolisée en phénobarbital
- C. Le valproate de sodium (DEPAKINE*) est actif sur toutes les formes d'épilepsie
- D. La phénytoïne (DIHYDAN*) peut causer une hypertrophie gingivale
- E. L'éthosuximide (ZARONTIN*) est utilisé comme traitement du petit mal-absence

(M86)-Parmi les propositions suivantes, indiquez celle(s) qui est (sont) exacte(s) :

- A. Le ZARONTIN* est efficace dans les absences petit-mal
- B. Le GARDENAL* est efficace dans les absences petit-mal
- C. La DEPAKINE* est le médicament de choix chez un patient présentant des absences petit mal et des crises grand mal
- D. Le TEGRETOL* est actif dans toutes les formes d'épilepsie
- E. Le DIHYDAN* est actif dans le petit mal

(M85)-Quels sont le ou les produits parmi les suivants qui entrent dans la classe des antiépileptiques ?

- A. Ethosuximide (ZARONTIN*)
- B. Valproate de sodium (DEPAKINE*)
- C. Dextromoramide (PALFIUM*)
- D. Sulpiride (DOGMATIL*)
- E. Halopéridol (HALDOL*)

(S85)-Parmi les médicaments anti-épileptiques ci-après, lequel se transforme en partie dans l'organisme en phénobarbital ?

- A. La diphenylhydantoïne (DIHYDAN*)
- B. La carbamazépine (TEGRETOL*)
- C. La primidone (MYSOLINE*)
- D. Le clonazépam (RIVOTRIL*)
- E. L'éthosuximide (ZARONTIN*)

(S85)-Vous prescrivez 15 cg de barbiturique en une prise quotidienne à un patient de 70 kg. En combien de temps pouvez-vous espérer atteindre un taux plasmatique stable ?

- A. 2 minutes
- B. 2 heures
- C. 2 jours
- D. 2 semaines
- E. 2 mois

(M85)-La phénytoïne (DIHYDAN*, DILANTIN*) développe une ou plusieurs des activités suivantes : laquelle ou lesquelles ?

- A. Thymoanaleptique
- B. Anxiolytique
- C. Antiparkinsonienne
- D. Antihistaminique
- E. Antiépileptique

(M88)-Parmi les médicaments suivants le(s)quel(s) sont actifs après traversée de la barrière hémato-encéphalique :

- A. Dopamine
- B. L-Dopa
- C. Clonidine (CATAPRESSAN*)
- D. Alpha-méthyl-dopa (ALDOMET*)
- E. Bromocriptine (PARLODEL*)

<p>(M87)-Parmi les propositions suivantes concernant le dosage plasmatique des médicaments antiépileptiques, reprenez celle ou celles qui répond(ent) à un objectif satisfaisant :</p> <p>A. Il permet en cas de doute de vérifier si le traitement est bien pris</p> <p>B. Il doit être réalisé systématiquement tous les mois pour prévenir les surdosages thérapeutiques</p> <p>C. Lors de l'installation du traitement, il doit être réalisé après un certain délai fonction de la demi-vie du médicament</p> <p>D. Il permet, en cas de polythérapie d'apprécier d'éventuelles interactions thérapeutiques</p> <p>E. Il est logique de la réaliser lorsqu'il y a recrudescence des crises malgré un traitement bien pris.</p>	ACDE	<p>(M90)-Parmi les propositions suivantes, indiquer celle(s) qui est (sont) exacte(s) :</p> <p>A. La diphenylhydantoïne (DIHYDAN*) diminue l'activité thérapeutique de la digitaline</p> <p>B. La demi-vie plasmatique du DIHYDAN* est indépendante de la dose utilisée</p> <p>C. Le traitement par phénobarbital d'un malade simultanément traité par AVK nécessite l'augmentation de la posologie de l'anticoagulant</p> <p>D. La demi-vie plasmatique du phénobarbital (GARDENAL*) est inférieure à 8 heures</p> <p>E. La diphenylhydantoïne (DIHYDAN*) peut être défixée des protéines plasmatiques par la phénylbutazone (BUTAZOLIDINE*)</p>	ACE
<p>(M94)-Le diazépam (VALIUM*) :</p> <p>A. Est un agoniste dopaminergique central</p> <p>B. Est une substance analgésique</p> <p>C. Déprime les capacités mnésiques</p> <p>D. Possède des effets myorelaxants</p> <p>E. Possède des effets anticonvulsifs</p>	ACDE	<p>(M99)-Retenez, parmi les propositions ci-dessous, celle(s) qui est(sont) conforme(s) au cadre de l'épilepsie généralisée primaire :</p> <p>A - Normalité de la TDM encéphalique</p> <p>B - Antécédents familiaux d'épilepsie</p> <p>C - Crises consistant en absences petit mal typiques</p> <p>D - Foyer de pointes-ondes temporal unilatéral à l'E.E.G.</p> <p>F - Notion d'une souffrance néonatale</p>	ACE
<p>(M99)-Noter la ou, les mention(s) exacte(s). Les médicaments suivants peuvent être utilisés comme antiépileptiques :</p> <p>A - Chlorpromazine (Largactil®)</p> <p>B - Diazépam (Valium®)</p> <p>C - Lithium (Téralithe®)</p> <p>D - Carbamazépine (Tégrétol®)</p> <p>E - Ethosuximide (Zarontin®)</p>	CDE	<p>(M98)-Les absences « petit mal » :</p> <p>A - S'observent surtout chez l'adulte</p> <p>B - Sont améliorées par la CARBAMAZEPINE (TEGRETOL®)</p> <p>C - Comportent à l'électroencéphalogramme des pointes ondes à 3 cycles par secondes</p> <p>D - Sont traitées efficacement par l'acide VALPROIQUE (DEPAKINE®)</p> <p>E - S'accompagnent de sensations psychiques de « déjà vu » ou de « déjà vécu »</p>	ABC
<p>(M99)-Une crise épileptique olfactive :</p> <p>A - Est générée par une atteinte de l'uncus</p> <p>B - Impose la réalisation d'une imagerie neuroradiologique</p> <p>C - Doit être considérée a priori comme d'origine tumorale</p> <p>D - Ne nécessite pas d'imagerie neuroradiologique si l'EEG est normal</p> <p>E - Alterne souvent avec des crises Bravais-Jacksoniennes motrices</p>	BDE	<p>(S00)-Un enfant de 13 ans, traité depuis l'âge de 11 ans par DEPAKINE per os pour une épilepsie essentielle, fait une nouvelle crise convulsive. Quel est l'examen complémentaire à faire en urgence ?</p> <p>A - Electroencéphalogramme</p> <p>B - Tomodensitométrie cérébrale</p> <p>C - Dosage de la dépakinémie</p> <p>D - Dosage de la glycémie</p> <p>E - Fond d'œil</p>	CD
<p>(M00)-Parmi les effets indésirables suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) que l'on peut observer au cours d'un traitement par la phénytoïne (Dihydau®) ?</p> <p>A - Syndrome cérébelleux</p> <p>B - Nystagmus</p> <p>C - Hypertrophie gingivale</p> <p>D - Anémie mégalocytaire</p> <p>E - Aemiparesthésie</p>	AB	<p>(S00)-Un enfant de 13 ans, traité depuis l'âge de 11 ans par DEPAKINE per os pour une épilepsie essentielle, fait une nouvelle crise convulsive. Quel est l'examen complémentaire à faire en urgence ?</p> <p>A - Electroencéphalogramme</p> <p>B - Tomodensitométrie cérébrale</p> <p>C - Dosage de la dépakinémie</p> <p>D - Dosage de la glycémie</p> <p>E - Fond d'œil</p>	C
	ABD		

CAS CLINIQUE N° 3 (1-3)

L'enfant Y. P... 8 ans est suivi depuis 3 ans pour une comitialité partielle, équilibrée sans difficulté par le traitement médical. Mardi 2 janvier au moment de partir à l'école, il se plaint brutalement de céphalées mises sur le compte de la reprise scolaire. Vers 11 heures, il fait une crise brachio-faciale droite suivie d'un déficit moteur dans le même territoire et de la persistance des céphalées. Des radiographies du crâne faites un an auparavant à l'occasion d'une chute révélaient des petites calcifications rolandiques gauches.

Question n° 11 S

Cet enfant a très probablement :

- A. Une hydrocéphalie avec porencéphalie rolandique
- B. Un angiome rolandique
- C. Un anévrisme de l'artère péricalleuse
- D. Un astrocytome polycytique
- E. Un tératome

Question n° 12 M

L'attitude pratique doit comporter :

- A. Une PL
- B. Un FO
- C. Un scanner
- D. Une hospitalisation immédiate
- E. Une prise en charge neuropsychologique et physiothérapique immédiate

Question n° 13 M

Le scanner effectué sans et avec injection peut mettre en évidence :

- A. Une hyperdensité rolandique spontanée
- B. Une large zone hyperdense avec perfusion de luxe
- C. Un rehaussement à l'injection de produit de contraste à la périphérie de la lésion
- D. Une dilatation ventriculaire épargnant le IV^e ventricule
- E. Une hyperdensité spontanée de la calotte pédonculaire

Question n° 14 M

Pour compléter le scanner, une angiographie a été effectuée et se révèle normale à J + 10. A quoi peut être due cette normalité ?

- A. Existence d'une malformation masquée par l'hématome
- B. Existence d'un cavernome
- C. Autodestruction de la malformation au cours du saignement
- D. Occlusion sylvienne distale
- E. Occlusion de l'artère cérébrale postérieure distale.

REPONSES

Q 11 : B

Q 12 : B, C, D

Q 13 : A, B, D

Q 14 : A, B, C

COMMENTAIRES

Q 11 :

B : Sans commentaires.

Q 12 :

A : Non conseillée en urgence.

Q 13 :

A, B, D : Sans commentaires.

Q 14 :

A, B, C : Sans commentaires.

COMPRESSION MEDULLAIRE NON TRAUMATIQUE - N° 226

QCM₈₅₋₂₀₀₁ : 12 - CCQCM₉₃₋₂₀₀₁ : 0 - Dossiers₉₃₋₂₀₀₁ : 1

(M91)-Parmi les signes suivants, quel(s) est (sont) celui ou ceux qui caractérise(nt) un méningiome compressif de la moelle dorsale moyenne à la phase d'état ?	(M85/89)-Le syndrome de Brown Sequard (atteinte de l'hémimoelle) comporte :
<ul style="list-style-type: none"> A. Une dysurie B. Une névralgie cervico-brachiale C. Un signe de Babinski bilatéral D. Une paraplégie avec hypotonie musculaire et aréflexie ostéotendineuse E. Un automatisme médullaire avec réaction de triple retrait lors du pincement du dos du pied 	<ul style="list-style-type: none"> A. Un syndrome pyramidal homolatéral à la lésion B. Des troubles de la sensibilité profonde bilatéraux C. Des troubles de la sensibilité profonde homolatéraux au syndrome pyramidal D. Une dissociation thermo-analgésique suspendue E. Une abolition de réflexes homolatéraux à la lésion
ACE	AC
(S87/98)-Parmi les cinq formules de liquide céphalorachidien suivantes, quelle est la plus évocatrice d'une compression médullaire ?	(S86)-Un malade présente un syndrome pyramidal du membre inférieur droit, une anesthésie thermo-algique du membre inférieur gauche remontant jusqu'à l'ombilic. Il s'agit vraisemblablement :
<ul style="list-style-type: none"> A. Protéines 0,30 g/l ; cytologie : nulle B. Protéines 0,30 g/l ; cytologie : 400 lymphocytes/mm³ C. Protéines 0,40 g/l ; cytologie : 22 lymphocytes/mm³ D. Protéines 1,80 g/l ; cytologie : nulle E. Protéines 0,30 g/l ; cytologie : 100 polynucléaires/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> A. D'un syndrome de Brown-Séquard B. D'un syndrome cordonal postérieur C. D'un syndrome syringomyélique D. D'un syndrome de la corne antérieure de la moelle E. D'un syndrome de la queue de cheval
D	A
(S93)-Quelle est la plus fréquente des compressions médullaires non traumatiques chez un sujet de plus de 50 ans ?	(S88)-Un syndrome de Brown-Séquard associe les troubles suivants, par rapport au siège de la lésion :
<ul style="list-style-type: none"> A. Neurinome B. Méningiome C. Hernie discale D. Métastase ostéo-épidurale E. Autre réponse 	<ul style="list-style-type: none"> A. Un déficit moteur homolatéral et une diminution de la sensibilité profonde contro-latérale B. Un déficit sensitif douloureux homolatéral et un déficit sensitif thermique contro-latéral C. Un syndrome pyramidal des deux membres supérieurs D. Un déficit moteur homolatéral et une anesthésie thermique et douloureuse contro-latérale E. Autre réponse
D	D
(M91)-Le syndrome pyramidal s'accompagne :	(M88)-L'existence chez un adulte d'un syndrome de Brown-Séquard peut évoquer :
<ul style="list-style-type: none"> A. D'une exagération des réflexes cutanés abdominaux B. De réflexes tendineux pendulaires C. De réflexes tendineux polycinétiques D. D'une hypertonie élastique E. D'une atrophie musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> A. Une sclérose en plaques B. Une dégénérescence spinocérébelleuse C. Une polyradiculonévrite D. Une compression médullaire lente E. Une multinevrite
CD	AD

(M91)-Le déficit moteur de l'atteinte pyramidale :

- A. Prédomine sur les muscles fléchisseurs des membres supérieurs
- B. Prédomine sur les muscles fléchisseurs raccourcisseurs aux membres inférieurs
- C. Prédomine au niveau des muscles des racines des membres
- D. Prédomine sur les mouvements fins
- E. S'aggrave au cours de l'effort

BDE

(M98)-Au cours d'une compression lente de la moelle, les douleurs radiculaires présentent certaines caractéristiques. Laquelle (lesquelles) ?

- A - Vives et en éclair
- B - Mobiles dans leur siège
- C - Toujours bilatérales
- D - Exacerbées par la toux
- E - Sujettes à des paroxysmes particulièrement pénibles

DE

(M00)-Quel(s) signe(s) sensitif(s) est(sont) observé(s) au cours de l'atteinte du cordon antéro-latéral de la moelle ?

- A - Une anesthésie thermo-algésique suspendue
- B - Une anesthésie thermo-algésique hémicorporelle homolatérale et sous-jacente à la lésion
- C - Une anesthésie thermo-algésique hémicorporelle sous-jacente et controlatérale à la lésion
- D - Une hémianesthésie globale homolatérale et sous-jacente à la lésion
- E - Une anesthésie profonde hémicorporelle sous-jacente à la lésion

C

(M00)-Le syndrome de Brown Sequard (atteinte de l'hémi-moelle) comporte :

- A - Un syndrome pyramidal controlatéral à la lésion
- B - Une anesthésie en selle
- C - Des troubles de la sensibilité profonde homolatéraux au syndrome pyramidal
- D - Des troubles thermo-algésiques contralatéraux au syndrome pyramidal
- E - Une abolition de réflexes homolatéraux à la lésion

CD

DOSSIER N°2 (SUD 00)

Madame B., 35 ans, est hospitalisée pour une paraplégie flasque.

Il s'agit d'une patiente sous traitement par les antivitamines K, suite à un remplacement valvulaire mitral prothétique.

L'histoire s'est déroulée de la manière suivante. Elle a brusquement ressenti une douleur interscapulaire puis s'est installée sur 2 heures une symptomatologie déficitaire.

L'examen neurologique retrouve :

- une paraplégie flasque hypotonique
- il n'y a pas de signe de Babinski
- il existe une hypoesthésie remontant jusqu'au niveau du mamelon.

À noter à l'entrée, une rétention urinaire.

Question n° 1

S'agit-il d'une atteinte centrale ? Pourquoi ?

Question n° 2

Quel est le niveau lésionnel ? Justifiez.

Question n° 3

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question n° 4

Comment le mettre en évidence ?

Question n° 5

Quel traitement préconisez-vous ?

Question n° 1

S'agit-il d'une atteinte centrale ? Pourquoi ?

- Oui il s'agit vraisemblablement d'une atteinte centrale.
- L'absence de signe de Babinski ne remet pas en cause l'origine centrale à cause d'un phénomène de « sidération », il n'y a pas d'atteinte systématisée nette telle qu'on peut le voir dans les atteintes périphériques (radiculaires, pléxulaires ou tronculaires).
- Dans ce contexte d'atteinte centrale, l'aspect clinique est en faveur d'une atteinte **médullaire** aiguë devant :
 - un syndrome lésionnel : douleurs inter-scapulaires avec limite supérieure nette au niveau du mamelon, correspondant au niveau métamérique D4
 - un syndrome sous-lésionnel correspondant au syndrome médullaire avec troubles moteurs au niveau des deux membres inférieurs à type de paraplégie flasque hypotonique (telle qu'on peut les voir lors de la phase aiguë du syndrome), troubles sensitifs des deux membres inférieurs remontant jusqu'au mamelon, troubles sphinctériens à type de rétention vésicale

Face à cette atteinte centrale, l'aspect clinique n'est pas évocateur d'une atteinte supra-médullaire (tronc cérébral ou cerveau), du fait de l'absence de signe supra-lésionnel (au niveau des membres supérieurs et des nerfs crâniens)

Question n° 2

Quel est le niveau lésionnel ? Justifiez.

Le niveau lésionnel d'atteinte médullaire se situe au niveau du métamère D4 du fait que le niveau sensitif supérieur s'arrête au niveau des mamelons

Rappel :

Niveau sensitif au niveau du mamelon = D4

Niveau sensitif au niveau du xyphoïde = D6

Niveau sensitif de l'ombilic = D10

Question n° 3

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Il s'agit vraisemblablement d'un hématorne intra-rachidien épidural (ou extra-dural) causé ou favorisé par la prise d'anti-coagulants, entraînant une compression médullaire brutale au niveau métamérique de D4.

Question n° 4

Comment le mettre en évidence ?

- L'examen de choix serait l'IRM médullaire en urgence en mode T1-T2 en montrant l'hématome avec le siège et le retentissement médullaire

L'IRM sera réalisée à condition d'avoir eu la certitude que la prothèse valvulaire mécanique n'est pas ferro-magnétique

- S'il y a une contre-indication à l'IRM (prothèse valvulaire métallique ou doute sur la nature) : réalisation d'un scanner du rachis dorsal centré sur la région D4 à la recherche d'une hyperdensité spontanée intra-rachidienne.

NB : rechercher un surdosage en AVK (TP, INR)

- Contre-indication formelle de la myélographie du fait des troubles de l'hémostase probable et risque d'aggravation de la compression médullaire après ponction

Question n° 5

Quel traitement préconisez-vous ?

- Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale car risque de myélomalacie brutale et irréversible
- Hospitalisation en urgence en service de neurochirurgie
- Arrêt immédiat des anti-vitamine K
- Bilan d'hémostase avec antagonisation rapide la AVK (si TP compris <10-20 %> : injection de vit K, si TP < 10%, injection concentrée de facteur vit K dépendant (PPSB)

Le but est d'obtenir avant la neurochirurgie un INR ⁷ > 2

- **Chirurgie médullaire en urgence** : levée de la compression médullaire par évacuation de l'hématome
- Reprise de l'anticoagulation efficace en post-opératoire par héparinothérapie car risque de complication thrombotique lié à la prothèse valvulaire mécanique
- Soins de nursing post-opératoire avec prévention des complications de décubitus, kinésithérapie précoce, surveillance de la diurèse, évaluation de l'efficacité de la récupération du déficit sensitivo-moteur suite à la décompression
- Adaptation de l'anticoagulation en fonction des données de l'hémostase.

SCLEROSE EN PLAQUES - 30

QCM₈₅₋₂₀₀₁ : 26 - CCQCM₉₃₋₂₀₀₁ : 2 - Dossiers₉₃₋₂₀₀₁ : 1

(M85)-A propos de la sclérose en plaques :

- A. La protéinorachie est en règle supérieure à 1 g/l
- B. La névrite optique rétro-bulbaire est habituellement symétrique
- C. La névralgie du trijumeau est rare
- D. L'euphorie est un signe tardif
- E. La diplopie peut être révélatrice

CDE

(M87)-Le liquide céphalorachidien d'un sujet atteint de sclérose en plaques comporte typiquement :

- A. Une hypercytose lymphocytaire discrète
- B. Une hyperprotéinorachie supérieure à 1 g/l
- C. Une polynucléose
- D. Une distribution oligo-clonale du profil électrophorétique des protéines
- E. Une hypoglycorachie

AD

(M86)-Au cours de la sclérose en plaques, quel(s) symptôme(s) est (sont) très rarement observé(s) :

- A. Troubles de la sensibilité profonde
- B. Hémianopsie latérale homonyme
- C. Syndrome cérébelleux
- D. Surdité unilatérale
- E. Diplopie

BD

(M89)-Parmi les formules de liquide céphalorachidien ci-dessous, deux sont compatibles avec le diagnostic de sclérose en plaques ; lesquelles ?

- A. Protéines 0,30 g/l, cytologie nulle
- B. Protéines 1,80 g/l, cytologie nulle
- C. Protéines 0,30 g/l, 15 lymphocytes/mm³
- D. Protéines 0,80 g/l, 500 lymphocytes/mm³
- E. Protéines 0,60 g/l, 90 polynucléaires/mm³

AC

(M87)-Parmi les symptômes suivants, quels sont les trois qui par leur fréquence ont une valeur pour le diagnostic de sclérose en plaques ?

- A. Paraparésie spasmodique
- B. Hypoacousie unilatérale
- C. Hypertonie extra-pyramidale
- D. Névrite optique rétro-bulbaire
- E. Ophtalmoplégie internucléaire

ADE

(M91)-Les données suivantes concernant le liquide céphalorachidien dans la sclérose en plaques. Quelle(s) proposition(s) est (ou sont) compatible(s) avec le diagnostic ?

- A. Protéinorachie normale
- B. Protéinorachie à 1,80 g/l
- C. Protéinorachie à 0,60 g/l, 20% de gammaglobulinorachie
- D. Cytologie normale
- E. 20 lymphocytes/mm³

ACDE

(M88/95)-Dans la sclérose en plaques :

- A. Une hémianopsie latérale homonyme est souvent constatée
- B. L'augmentation des gamma-globulines dans le LCR s'accompagne d'une distribution oligoclonale
- C. Il peut exister des troubles sphinctériens
- D. Le traitement repose sur les corticoïdes au long cours
- E. La vitesse de sédimentation globulaire est habituellement augmentée

BC

(M89)-Au cours d'une sclérose en plaques on peut retrouver :

- A. Signe de Lhermitte
- B. Ophtalmoplégie internucléaire
- C. Paresthésies constrictives
- D. Impuissance
- E. Syndrome du canal carpien

ABCD

(M91)-Le ou les symptôme(s) suivant(s) fait ou font partie du tableau clinique initial de sclérose en plaques :

- A. Tremblement extra-pyramidal
- B. Baisse d'acuité visuelle d'un oeil
- C. Sensation de peau cartonnée
- D. Hémiparésie
- E. Abolition des réflexes ostéo-tendineux rotuliens

BCD

(M91)-Une souffrance de la moelle cervicale chez un malade suspect de sclérose en plaques peut se manifester par :

- A. Une claudication intermittente médullaire
- B. Une aréflexie des membres inférieurs
- C. Un signe de Lhermitte
- D. Un signe de Babinski bilatéral
- E. Un nystagmus rotatoire

ACD



(S91)-Les signes suivants sont couramment observés lors des poussées initiales de scléroses en plaques, sauf un :		(S86)-Chez un jeune patient suspect de sclérose en plaques, l'examen montre un syndrome pyramidal des quatre membres, un syndrome cérébelleux, un nystagmus et une diplopie. Ce tableau permet d'éliminer un des diagnostics différentiels suivants de la SEP, lequel ?	
<ul style="list-style-type: none"> A. Crise épileptique partielle B. Syndrome vestibulaire central C. Paresthésies des membres inférieurs D. Névrite optique E. Syndrome cérébelleux 	A	<ul style="list-style-type: none"> A. Tumeur de la fosse postérieure B. Malformation angiomeuse du tronc cérébral C. Compression de la moelle cervicale D. Malformation de la charnière occipito-vertébrale E. Héredodégénération spinocérébelleuse 	C
(M91)-Dans la sclérose en plaques, les plaques siègent :		(M87)-Au cours de la Sclérose en Plaques, les potentiels évoqués visuels :	
<ul style="list-style-type: none"> A. Au niveau des cordons postérieurs de la moelle B. Au niveau des cellules de la corne antérieure C. Au niveau des nerfs optiques D. A la périphérie des petites veines de la substance blanche E. Au niveau des nerfs auditifs 	ACD	<ul style="list-style-type: none"> A. Permettent d'ajuster la thérapeutique B. Peuvent être anormaux en l'absence de tout phénomène visuel clinique C. Sont symétriques D. Leur altération traduit essentiellement l'existence de plaques péri-ventriculaires postérieures E. Apportent un argument pronostique 	B
(M85)-Choisissez le ou les examens complémentaires dont les résultats peuvent donner des arguments positifs pour le diagnostic de sclérose en plaques :		(M89)-La sclérose en plaques est caractérisée par :	
<ul style="list-style-type: none"> A. Ponction lombaire B. Doppler cervical C. Radiographie du crâne D. Potentiels évoqués visuels E. Examen du champ visuel 	ADE	<ul style="list-style-type: none"> A. Une hyper-gammaglobulinorachie oligoclonale B. La normalité habituelle de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) C. La visualisation quasi-constante des plaques récentes au scanner X après injection de produit de contraste D. Une augmentation de l'amplitude des potentiels évoqués visuels E. Une majoration des symptômes par la chaleur 	AE
(S90)-Le diagnostic de sclérose en plaques peut être argumenté de façon positive par :		(M89)-Au cours de la sclérose en plaques :	
<ul style="list-style-type: none"> A. L'étude du LCR B. L'examen par ultrasonographie Doppler des vaisseaux du cou C. L'examen campimétrique du champ visuel D. L'électroencéphalogramme E. L'électromyogramme 	A	<ul style="list-style-type: none"> A. Les anomalies des potentiels évoqués visuels sont habituelles B. Il existe souvent une sécrétion intra-thécale d'immunoglobulines C. La protéinorachie est en règle supérieure à 1 g/l D. Il existe une lymphocytose du LCR en règle supérieure à 100 éléments par mm³ E. L'imagerie en résonance magnétique du cerveau est souvent anormale 	ABE

(M86)-Le traitement corticoïde de la sclérose en plaques :

- A. Doit être continué en permanence
- B. Doit être réservé aux poussées
- C. Ne doit jamais être mis en oeuvre
- D. Est capable de prévenir les récurrences
- E. Peut comporter des doses massives de manière transitoire

BE

(S85)-Une femme de 30 ans consulte pour des dyesthésies apparues il y a un mois au niveau de l'hémicorps droit. A l'examen vous retrouvez des troubles de la sensibilité lemniscale hémicorporels droits et un syndrome quadripysramidal. La SEP est un diagnostic possible. Toutes les propositions suivantes sont compatibles avec cette hypothèse sauf une. Laquelle ?

- A. Aucun antécédent neurologique
- B. Existence de troubles sphinctériens
- C. Les potentiels évoqués visuels sont normaux
- D. Protéinorachie à 1,20 g/l
- E. Hypodensité péri-ventriculaire prenant le contraste, à l'examen tomodensitométrique cérébral

D

(M99)-Parmi les symptômes suivants, quels sont les deux les plus fréquents au cours de la sclérose en plaques ?

- A - Paraparésie spasmodique
- B - Hypoacousie unilatérale
- C - Hypertonie extra-pyramidale
- D - Névrite optique rétro-bulbaire
- E - Paralysie de l'élévation du regard

AD

(M85)-A propos de la sclérose en plaques il est généralement admis que :

- A. La maladie est rare dans les zones sub-tropicales
- B. Il existe une corrélation entre l'incidence de la maladie et les antigènes du système d'histocompatibilité
- C. Une lymphocytose modérée sans élévation de la protéinorachie est évocatrice
- D. La première poussée ne survient habituellement pas après l'âge de 50 ans
- E. Les troubles de l'oculo-motricité sont exceptionnels

ABCD

(S99)-L'incidence et la prévalence les plus élevées de la sclérose en plaques sont observées :

- A - Dans les pays tropicaux
- B - En zone équatoriale
- C - Au sein de la population noire d'Afrique du Sud
- D - Dans les pays tempérés froids
- E - Dans les pays méditerranéens

D

(M00)-Au cours d'une sclérose en plaques, on peut retrouver :

- A - Signe de Lhermitte
- B - Opticoroplégie internucléaire
- C - Paresthésies contractives
- D - Impulsivité
- E - Syndrome du canal carpien

ABCD

(M00)-Choisissez l'(les) examen(s) complémentaire(s) dont les résultats peuvent donner des arguments positifs pour le diagnostic de sclérose en plaques :

- A - Ponction lombaire
- B - Doppler cervical
- C - Radiographie du crâne
- D - Potentiels évoqués visuels
- E - I.R.M.

ADE

(M01)-Choisissez le ou les examens complémentaires dont les résultats peuvent donner des arguments positifs pour le diagnostic de sclérose en plaques :

- A - Ponction lombaire
- B - Doppler cervical
- C - RMN
- D - Potentiels évoqués visuels
- E - Examen du champ visuel

ACDE

CAS CLINIQUE N° 5 (SUD 93)

Une jeune femme de 30 ans présente depuis 8 jours une baisse brutale et massive de l'acuité visuelle droite. La vision est, de ce côté-là, réduite à la perception lumineuse, sans capacité de discrimination ; l'œil gauche voit 10/10.

L'examen oculaire est strictement normal, y compris l'exploration du fond d'œil. Le champ visuel est, à l'opposé, altéré par un profond scotome central unilatéral droit de 20°.

Cette patiente est, en conséquence, atteinte d'une névrite optique rétrobulbaire droite aiguë.

Question n° 21 S

Une névrite rétrobulbaire désigne :

- A- Une atteinte rétrochiasmatique des voies optiques
- B- Une lésion du chiasma optique
- C- Une papillite
- D- Une atteinte du nerf optique sans modification de la papille optique
- E- Une atropie optique de nature glaucomateuse

Question n° 22 S

Dans le cas particulier de cette jeune femme, l'étiologie statistiquement la plus probable est la sclérose en plaques. Quel autre signe oculaire doit-on rechercher ?

- A- Un nystagmus
- B- Une kératite
- C- Une irido-cyclite
- D- Un glaucome
- E- Un décollement de la rétine

Question n° 23 M

L'hypothèse d'une sclérose en plaques (SEP) étant retenue, quels sont les signes neurologiques classiquement associés à l'atteinte optique à rechercher ?

- A- Un syndrome vertigineux
- B- Une monoplégie spasmodique
- C- Des dysesthésies des extrémités
- D- Une anosmie
- E- Un syndrome pyramidal

Question n° 24 M

Dans l'hypothèse d'une SEP, quels sont les examens complémentaires à programmer ?

- A- Une ponction lombaire et une étude de l'électrophorèse des protéines du liquide céphalorachidien
- B- Un angiofluororétinographie
- C- Des potentiels évoqués visuels, auditifs et somesthésiques
- D- Une phlébographie orbitaire
- E- Un doppler des axes carotidiens

Question n° 25 S

Quel est l'autre examen que vous programmez ensuite ?

- A- Une numération formule sanguine
- B- Une imagerie par résonance magnétique (IRM)
- C- Une échographie orbitaire
- D- Une radiographie du crâne centrée sur les orbites
- E- Un examen ORL

REPONSES

Q 21 : D
Q 22 : A
Q 23 : A, B, C, E
Q 24 : A, C
Q 25 : B

COMMENTAIRES

Q21

D - La névrite rétrobulbaire désigne une atteinte du nerf optique sans modification de la papille optique

Q22

A - Dans la sclérose en plaques, un nystagmus traduit l'atteinte vestibulaire centrale. Il est multidirectionnel

Q23

D- Seule l'anosmie est un signe neurologique rarement associé à la sclérose en plaques (avec la surdité, l'épilepsie, les syndromes extra-pyramidaux et l'atteinte des nerfs périphériques)

Q24

A- Dans l'hypothèse d'une SEP, la ponction lombaire avec étude de l'électrophorèse des protéines du liquide céphalo-rachidien est essentielle (hypergamma globulinorachie oligoclonale avec cytologie modérée < 50 cellules/mm³)
C- Les potentiels évoqués visuels, auditifs et somesthésiques permettent la mise en évidence de signes d'atteintes neurologiques asymptomatiques cliniquement

Q25

B- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est essentielle tant pour le diagnostic de SEP (hypersignaux de la substance blanche en T2) que pour le pronostic (activité des lésions)

CAS CLINIQUE N° 8 (NORB)

Madame P., 30 ans, est hospitalisée en raison de la survenue rapidement progressive sur 24 heures d'une chute de l'acuité visuelle de l'œil droit. Dans ses antécédents, on retient un épisode identique 2 ans auparavant au niveau de l'œil gauche et une période de troubles de l'équilibre, régressive en 15 jours environ, il y a un an. L'examen neurologique met en évidence :

- un syndrome pyramidal des 4 membres
 - un nystagmus multidirectionnel
 - de discrets troubles de la sensibilité profonde aux membres inférieurs
- Le diagnostic de sclérose en plaques est alors évoqué.

Question n°35 (M)

Dans ce contexte, la chute de l'acuité visuelle évoque une névrite optique rétrobulbaire (NORB). Parmi les signes suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) que l'on peut observer dans une NORB ?

- A - Dyschromatopsie
- B - Diplopie
- C - Abolition du réflexe cornéen
- D - Scotome central
- E - Hémianopsie bitemporale

Question n°36 (M)

Le diagnostic de sclérose en plaques est généralement égayé par les examens complémentaires suivants :

- A - Potentiels évoqués
- B - Etude du liquide céphalo-rachidien
- C - Angiographie
- D - Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- E - Electromyographie

Question n°37 (M)

Une ponction lombaire est alors réalisée. Citez les éléments biologiques compatibles avec le diagnostic de sclérose en plaques :

- A - 8 Lymphocytes par mm³
- B - Protéinorachie : 3 g/l
- C - Protéinorachie : 0,70 g/l
- D - Glycorachie : 0,60 mmoles/l
- E - Pic oligoclonal des immunoglobulines

REPONSES

Q 35 : A, D

Q 36 : A, B, D

Q 37 : A, C, E

DOSSIER N° 10 (SUD 96)

Une jeune femme de 25 ans vient consulter car depuis 8 jours elle se plaint de douleurs particulières. La douleur est en éclair, touchant l'oeil, l'aile du nez, la lèvre supérieure et la mâchoire à droite. Elle évolue par paroxysmes de quelques secondes et cède en laissant un fond douloureux désagréable plus ou moins permanent.

On note dans les antécédents de cette malade : une prise de contraceptifs oraux, une torsion de kyste de l'ovaire, un épisode de baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche régressif en 1 mois. 5 ans avant, un accouchement par césarienne un an avant.

Question n° 1

Comment étiquetez-vous cette douleur ?

Question n° 2

Pour quelles raisons faut-il réaliser chez cette patiente des examens complémentaires ?

Question n° 3

Quel diagnostic étiologique évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

Question n° 4

Quels examens complémentaires pensez-vous utile de réaliser ?

Question n° 5

Quel traitement symptomatique de la douleur envisagez-vous ?

Question n° 1

Comment étiquetez-vous cette douleur?

Névrалgie du trijumeau droit intéressant la branche V2 et V3 (mâchoire)
probablement symptomatique d'une pathologie sous-jacente en raison de :

- Terrain : femme jeune
- Fond douloureux permanent (absence d'intervalle libre)
- Antécédent probable de névrite optique rétro-bulbaire (épisode de baisse de l'acuité visuelle spontanément régressive), évocateur de sclérose en plaque.

Question n° 2

Pour quelles raisons faut-il réaliser chez cette patiente des examens complémentaires?

- Femme jeune (normalement femme de plus de 50 ans)
- Caractère permanent de la douleur sans intervalle libre
- Névrалgie touchant d'emblée 2 branches du trijumeau.
- Antécédent de névrite optique rétro-bulbaire (baisse de l'acuité visuelle unilatérale spontanément régressive)

Question n° 3

Quel diagnostic étiologique évoquez-vous? Sur quels arguments?

Sclérose en plaque :

- Terrain : femme jeune
- Antécédent de névrite optique rétro-bulbaire gauche
- Névrалgie symptomatique du trijumeau
- Ces 2 manifestations constituent 2 atteintes neurologiques centrales distinctes dans le temps et dans l'espace.
- Argument de fréquence devant une névrite optique rétro-bulbaire unilatérale de la femme jeune.

Question n° 4

Quels examens complémentaires pensez-vous utile de réaliser?

Examens ophtalmologiques :

- Fond d'œil : pâleur papillaire
- Champs visuel : scotome central ?
- Vision des couleurs : dyschromatopsie.

Imagerie par résonance magnétique cérébrale :

- hypersignaux multiples en séquence T2 dans la substance blanche périventriculaire (activité?).

Ponction lombaire :

- Hyperprotéinorachie supérieure à 1 g/l
- Hypergammaglobulinorachie oligoclonale,
- Pléiocytose lymphocytaires toujours inférieure à 50 éléments par mm³
- Le liquide céphalo-rachidien peut être normal

Potentiels évoqués (à la recherche d'une atteinte neurologique infra-clinique) :

- Visuels
- Somesthésiques
- Auditifs.

Question n° 5

Quel traitement symptomatique de la douleur envisagez-vous?

En l'absence de pathologie sous-jacente (névralgie essentielle) ou tout au moins de pathologie sous-jacente curable, on se contentera d'un traitement symptomatique.

Dans les douleurs de désafférentation on utilise :

- Carbamazépine : Tégrétol®
- ou Clonazepam : Rivotril®
- ou Amitriptyline : Laroxyl®
- ou Baclofène : Lioresal®.